

境界例における「同一性の不確実性」

杉 野 要 人

〔抄 録〕

「同一性の不確実性」は、境界例の心理療法の「見立て」や診断基準に有効な限定項目であるが、一応の確定をみるまでに長年月を要した。それは、境界例の「境界性」を損なわない項目を限定することの難しさや、人格障害の一類型とするよりも症候群とする方が適切ではないかという考えなどが払拭されなかったからで、現在においても内外を問わず多くの研究報告が提出されている。本論文は、その中から「同一性の不確実性」に関する報告を比較参照して、それは、①どの程度有効な境界例の「見立て」や診断基準の限定項目でありうるのか、②「境界」状況のなかの退行過程との関係、③“同一性”の再形成への願望の有無と個人心理療法が成立する可能性、④他の精神障害にはない独自性なのか、そして、⑤「同一性の不確実性」を中心に、境界例の「見立て」と DSM の診断基準との相違に関して検討した。その結果、各項目において心理療法の実践に有効な知見が得られた。

キーワード：境界例，境界性，同一性の不確実性，見立て，DSM

I. はじめに

1950 年前後に報告された Hoch,P.H. と Polatin,P. および Knight,R.P. の 2 論文が神経症とも精神病とも判断ができない中間状態にあった境界例を境界例（DSM では境界性人格障害、Borderline Personality Disorder）として位置づける起点となった。そして、1950 年代後半には境界例は境界例としての位置を得て、その後の 10 年間は境界例の中核病理が「同一性の不確実性」にあるとする議論が花を咲かせた。境界例の病理を「同一性の不確実性」で規定できるのではないかと考えられていたのである。しかし、1970 年代に入り、境界例の概念は大幅に深化発展し、1980 年には DSM-Ⅲ（精神障害の診断と統計の手引き－第 3 版、Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition）が作成され、「同一性の不確実性」（DSM では同一性障害、identity disorder）は境界例の診断基準項目の一つに確定されるに至った。「同一性の不確実性」は十数年の間に境界例の主役の座から数人で構成される準主役の座へと降格されたのである。そして、それは今日まで継続している。けれどもそれ以降、2010 年代初頭の現在においても、決して多くはないが「同一性の不確実性」を中心テーマにした、そして、

途切れることなく境界例に関連した研究・実践報告は提出されている。河合(1989, 1991)、成田(1989, 1998)、鈴木(1986, 1991)らが研究の対象にしている境界例の「境界性」もその一つである。本論文ではそれらとそれ以前の報告を比較参照して、自我心理学に立脚して個人心理療法に有用な「同一性の不確実性」の新たな側面を見出そうとするものである。

Ⅱ. 自我“同一性”と自己“同一性”

“同一性”(identity)は精神分析的自我心理学の基本概念の一つで、生涯にわたる自我の発達を理解するための鍵概念として、Erikson, E.H. によって理論化されたものであるが、“同一性”の前に自我とつか、自己とつかによって、意味が異なる。その自我と自己について彼は、「自我が自己を知覚したり調整して扱うという問題に関して、自我(ego)という言葉为主体(subject)として、自己(self)という言葉客体(object)として定義するのが妥当であるという考えは、一般の同意を得ている。この場合、自我は中枢の組織機関であり、生涯にわたって変化しつづける唯一の自己と対決しつづけるが、しかもこの自己は、過去に放棄されたり、未来に予測されたりするさまざまな自己(selves)を統合しようと要求しつづける」(Erikson, 1959)と明確化しているが、“同一性”との関係については「自我対自己の問題が、それぞれの用語としての用い方が決定的なものになるほど十分に定義されるまでは、この“同一性”という生(なま)の言葉を、青年期の課題にとって本質的な心理・社会的均衡を獲得する自我の社会的機能という意味で用いることにした」(Erikson, 1959)として明確化を避けている。

しかし、河合(1983)は、この自我および自己と“同一性”との関係について、自らと同じ学派であるユング派のWilmer, H.A. (1988)と学派が異なる上述のEriksonの論旨を援用して一定の回答を与えている。学派を超えた河合の考察である。

Wilmerの自我と自己の関係についての考えは「人生の前半では自我が分化し、自己から分離していく。自我と自己とは誕生のときには一体だったが、人生の半ばで両者は分離し、自我は最も高い地点の意識を形成する。この時点で、自我と自己は両者をつなぐ軸上で最も離れる。人生の後半になると、自我は自己に引き戻される。高度に意識化された自我と自己との統合が進んでいくとき、知恵のオーラが生み出される。そして死の瞬間には自我と自己は誕生の時と同じように一つになる」である。

河合は、この「Wilmerのいう自我と自己の軸上にEriksonの“同一性”は存在していて、用いる人の強調点の差によって、どちらかの方に近づいてゆくようなところがある。“同一性”を自我の側に引きつけて考えると、すなわち自我の確立に近くなり、その個人がどのような職業を選び、どのような配偶者を得て家庭をつくってゆき、どのような文化活動に従事しているかなどが重要な要因となってくるであろう。あるいは“同一性”を自己の側に引きつけて考えるならば、その個人は自分の自己ということをどれほど認識しているかとか、自分の自我を根付かせるためにどのような象徴を把握しているかとか、そんなことが問題となるであ

ろう」と述べている。筆者には名回答のように思える。“同一性”は個人が自らを認識する深さによって違ってくるのである。これで自我“同一性”(ego identity)と自己“同一性”(self identity)の違いが明確にされたように思えたが、さらに、河合(1983)と佐方(1992)は「このことに限らず、“同一性”という概念は、多義的であり、明確な定義は困難である」という。自我“同一性”と自己“同一性”の明確な定義は困難なようである。本論文では、河合、佐方とEriksonの考えを参考にして“同一性”の前に自我または自己をつけずに、単に“同一性”として用いることにする。

Ⅲ. 境界例における「同一性の不確実性」

Erikson(1959)は、この“同一性”の感覚を以下の3項目にまとめている。「①この私はまぎれもなく独自で固有な存在であって、いかなる状況においても同じその人であると私自身が認め、他者からも認められている。②以前の私も今の私も一貫して同じ私であると自覚している。③私は何らかの社会集団に所属し、そこに一体感を持つとともに、他の成員からでも認められているという、主体の実存的感觉、あるいは自己意識の総体が“同一性”の感覚である」という。

この言葉をもとに、“同一性”の感覚を日常的な言葉で置き換えてみると次のようになる。つまり、私は私であるし、これこそが他ならぬ私であると自覚できていること。この私で良いという肯定感と、これからこの私ですべていけるという自信があること。この私はまわりからも受け入れられているし、この私は社会にとっても意味のある人間であるという自己の存在感や有能感をもっていること。さらには健康な自己愛の感覚として、この私が好きであると受容でき、私らしさがあるという実感をもっていることなどが、“同一性”の感覚なのである。したがって臨床的には、この逆の「本当の私がわからない」などが訴えられたときに、“同一性”の病理として理解される。Eriksonはこれに同一性拡散(identity diffusion)という言葉を用いたのは周知のとおりである。しかし、筆者の臨床感覚としては「同一性の不確実性」という言葉の方が「拡散」よりもより近いように思われるので、以下そのように統一して用いることにする。

Erikson(1959)は、彼のいう同一性拡散について記載した自験例で、「私の総合的な素描は、読者に青年期の患者一般、とりわけ、若年の境界例で直面した、診断上、治療技術上の諸問題をただちに思いおこさせるに違いない。これらの症例は、従来、前精神分裂病とか、妄想的、抑うつ的、精神病質的、その他の傾向を伴う重症の性格障害と診断されるのを常としていた症例である」として、境界例の中核的病理を「同一性の不確実性」に、その起源をその形成期にあたる「口唇期後期」(生後6ヶ月から1年半ぐらい)に達した乳幼児に対する両親のかかわり方に求めている。「恵まれた環境の中にいる乳幼児は、人生初期から自立した“同一性”の核をもっている。ところが患者になるような人々にとっては、このような“同一性”を維持・

促進するような発達を学ぶのは難しい。精神的に障害のある両親への過剰な「同一化」や誤った「同一化」の犠牲になり、幼い個体は自らを孤立させるような環境に置いてしまうのである」(Erikson, 1959)。そして、「この時期の両親の愛情を喪失していたとか、離ればなれであったとか、見捨てられていたといったこれらの印象は、すべて基本的不信の残滓を残すことになる」(Erikson, 1959) という。Erikson は病因を精神的に障害のある両親に求めている。

さらに、青年期後半の“同一性”形成の重要性とその前段階にある種々の「同一化」との関係については、「青年期後半において“同一性”形成という形でまさいに行われようとしているこの統合は、乳幼児期・児童期の種々の「同一化」の総和以上のもので、内的な首府ということができる」(Erikson, 1959) としている。

“同一性”と境界例との関係については、Erikson の他にも Jacobson, E., Balint, M., Mahler, M.S. et al らに、わが国では、河合、鈴木、成田らに詳しい。

Jacobson (1964) はその著書の緒言で、「“同一性”の問題に興味が高まっているのは、たぶん精神分析的視野の拡大と精神分析医に援助を求めてくる境界例や精神病患者の数の増加によるものである。このような患者においては退行過程が観察されうるが、それは対象関係や超自我機能と自我機能の重篤な荒廃をもたらし、われわれの“同一性”の感覚・体験の基礎となる、母親の乳房と融合して一体になりたいという人生の最早期の願望に根元をもつ最初の原始的「同一化」の感覚・体験の解体を伴うものである」と、境界例と「同一性の不確実性」との関係を示唆し、その病因は人生最早期の乳幼児と母親との関係にあるとしたうえで、このような考えは「Greenacre, P. (1958) や Mahler, et al の定義と軌を一にしている」(Jacobson, 1964) という。

Greenacre や Mahler, et al と立場が同じなら、彼らも「同一性の不確実性」は境界例に関係があり、その病因は母子関係にあるとみていることになる。

Balint (1968) は、境界例と銘を打たずに、標準的な自験例を取り上げて、彼のいう基底欠損 (basic fault) 理論を展開している。その自験例は、「治療は、ある期間円滑に進行し患者・治療者の相互理解も生まれ相手への圧力や要求も相互に妥当な範囲にとどまり、また、知的理解が可能である。しかし、ある時点から分析状況の雰囲気が根底的に変貌する。一部の患者では分析開始後ごく短期間でこの時点に出会う。分析開始直後のことさえある」として、その雰囲気の根底的変貌について具体的に述べている。それはほとんどの境界例の人が現す心理療法家に対するネガティブな治療態度そのものである。さらに、「エディプス水準なら起こるはずの、転移現象においての憤怒や激昂や批判などは現れない。じっと見てみると、空虚感、行方不明感、生命喪失感、すべては一刻のものというはかない感じがあって、それにとまなう行動は、こちらの差し出すものを死者さながらに何でも手ごたえなく受け入れる行為である」(Balint, 1968) としているので、彼のいう基底欠損に「同一性の不確実性」が内在しているのは明白である。

発達上の固着段階については、彼は、「その起源がどこにあるのかと模索すれば、結局個体形成の初期段階において個体の持つ生理・心理的欲求と、供給されうる物質的・心理的保護・配慮・好意間に存在する相当の落差という事態になる。この事態から一種の欠損状態が生まれるらしく、またその結果と残余効果は一部不可逆らしい。個人の発達初期のこの落差が先天的な場合もあるだろう。幼児の生理・心理的不可欠条件がきびしすぎて現実と与えてやれない場合である。しかし、環境による場合もあるだろう」(Balint, 1968) と、病因については乳幼児の欲求とそれを供給する側の母親を含めた「環境」との先天的な落差にあると明確に限定しているのに、その固着段階についてはそれを避けている。さらに、「仮に分析者が相手の求めるものをそのまま与えても、それは当たり前とされて、分析者のプロ的力量的証拠とか特別の贈り物とか好意のしるしという価値は全く帯びない。時が経つとともに次から次へと要求が出る。今日の精神分析学文献では、この症状は強欲性 (greediness) と命名され、口唇的強欲なる極言までである。この現象を強欲と呼ぶのは反対しないが、『口唇的』というのには私は断固反対する。カギは、この現象の起源が原始的二人関係にあることだ。『強欲さ』を主な特徴とする嗜癖の世界を例にとれば、なるほど、文句なしに『口唇的』な嗜癖がはなはだ多い。特にニコチンとアルコールの嗜癖である。しかし非口唇的嗜癖も少なくない。コカイン吸入嗜癖はそうである。掻痒症における様々な形の掻痒 (嗜癖的掻きむしり) も見落とせない」(Balint, 1968) でも、固着段階を「口唇期」と視界に入れながらも、またもや彼は限定を避けている。このように自験例についても既成の精神障害の名前を用いず、固着段階についても限定しないのは、後述する河合、成田、鈴木らのいう境界例の本質である「境界」についての考え方を彷彿させる。彼は、彼らと同様に、「基底欠損」をできるだけ限定を避けた新たな臨床疾患として取り上げたいのではなかろうか。

また、このような考えは現在の DSM を作成する議論のなかにもみられる。「DSM-Ⅲ以降も境界例に関する議論は存続している。例えばその一つは、現在 DSM のⅡ軸の人格障害におかれている境界例は、人格障害の一類型というよりも複数の下位グループをもつ症候群と呼ぶのがふさわしく、臨床疾患であるⅠ軸におかれるべきではないかという議論がある。実際、境界例は、DSM のⅠ軸の他の障害やⅡ軸の他の人格障害類型との併存率が高いと指摘されている」(成田, 2006) のである。

人生最早期の分離－個体化過程におけるそれぞれの発達段階は個人の心理的成長に対して質的に異なった貢献をするという Mahler, et al の発達理論は、境界例の理解に非常に有用であることは誰もが認めるところである。彼女は「正常な自閉期に続く正常な共生期における二者単一体の母子関係のなかで、乳児の内部感覚は自己の核を形成し、『自己感』の中心的結晶体の点として残り、その周辺で最初の“同一性”の感覚を確立する。乳児は次の分離－個体化期という新たな段階を迎えて、“同一性”形成への最初の大きな一歩を踏み出したのである」(Mahler, et al, 1975) と、“同一性”形成における分離－個体化期の重要性を強調している。

また Mahler, et al は「同一性の不確実性」と境界例との関連に関しては、「古くて部分的に未解決な自己同一性感覚や身体境界感覚、あるいは分離および分離性についての古い葛藤は、人生のどの段階でも活性化される。それは、後の発達によって慣らされるかもしれないし、ある場合には小児神経症あるいは中程度の症状の前兆になるかもしれない。まれなケースにおいては、下位段階の発達が重篤に障害されたり、うまくいかなかったりして、境界現象や境界状態、そして精神病さえも発生する」(Mahler, et al, 1975) と述べて、成田 (1993) も指摘しているように、「Mahler 自身、自らの理論を境界例の理解に適用しようと試みている」。

河合 (1989) は、境界例の人間関係は「こんなに不安定になってどうなるのかと心配していても、まったくの破局に至らずに安定にかえってくところが特徴なのであり」、その症状については、「症状が悪化しているときには、それだけを見ると『統合失調症』と診断したくなる。ところがそれを過ぎて安定した状態のときは、『神経症』または『正常』とさえ言いたくなる」という。これらの不安定の基底に「同一性の不確実性」をみるのは容易である。さらに、「往時の精神病理学においては、『統合失調症』と『神経症』との間に明確な一線が引かれ、両者を鑑別診断することが大変重要なことと思われてきたが、そのいずれとも診断しがたい現象が生じてきて、それを境界例として、診断せざるを得なくなってきたのである」と、現代病である境界例の出生にまで触れている。

成田 (2006) は、「境界例に認められないような精神医学的症状や行動はほとんどない。彼らに見られる病理現象を数えあげてゆけば、精神医学の症候学全体を述べることになりかねない。しかし、境界例に特徴的な病理がないわけではないとして、その病理を述べている。①遊離する不安と多彩な『神経症』・『心身症』症状。②見捨てられ抑うつ。③行動化。④生身の人間関係(境界状況)への希求。⑤体験の全体性の未完成と融合性の過剰」をあげて、その①と⑤の基底に「同一性の不確実性」をみている。

鈴木 (1991) は、対人関係での自己表出様式や言語様式に観点を取る自らの立場から、境界例人格の特殊性について述べている。「われわれはうつ病人格ならば規範あるいは秩序指向性、パラノイド人格ならば産出性、自己愛人格ならば自尊性、つまり自己の独自性についての承認欲求といった具合に、ある一つのテーマを主軸にその人格が構成されているのを確認できます。ところが境界例人格は、われわれの意識にその種の積極的な構成軸を提供してくれません。変身性というのは自律性と統合性の言い換えですし、依存性というのも、浅く考えれば彼らの依存は選択的・反応的であって彼らが依存を必要としない時期も少なくありませんし、深い意味で考えれば、依存性は他者問題そのものに包摂されてしまいます。豊かな表出性や模倣性といった軸が、この問題に対して大きな射程を持っているようにみえますが、境界例人格における表出は、自己愛人格における自尊性の表出のように、何か限定された意味やテーマを表出しているのでもなければ、演技性人格のように、表出行動そのものが目的であり価値である(踊りのような)潜在的全体性の表出とも言い切れません。境界例人格は、

振舞いの表出という軸でもすっきりと捉えられないのです」として、他の人格とは異なって境界例人格の多種多様な特殊性のなかでの中心となる構成軸の定まらなさを強調したうえで、そのなかの表出性の基盤に、「部分的に」と断りをいれてではあるが、「同一性の不確実性」をおいている。

以上に Erikson、Jacobson、Balint、Mahler, et al と河合、成田、鈴木の「同一性の不確実性」を中心にした境界例の病理に対する考えを概観した。彼らはともに境界例の中核的病理の一つとして「同一性の不確実性」を取り上げているが、Erikson らと河合らではその表現に相当の違いがみられる。それは「人格という概念の中身を区別してとらえる視点には、構造的に「自我＝意識＋無意識」とする考え方と、発生的に「発達上の固着段階」とみなす考え方がある」（鈴木, 2001）ことからきている。

明らかに Erikson らの視点は「発達上の固着段階」にある。Erikson は、「発達上の固着段階」を、乳幼児の「口唇期後期」（生後6ヶ月から1年半ぐらい）としている。Balint については、限定をできるだけ排除しようとする彼の意図に多少反するが、「基底欠損」の起源を Erikson と同様に「口唇期後期」として問題ないと思われる。Mahler, et al と Jacobson の乳幼児期における母子関係に対する考え方は立場が同じである。二人とも母子関係から生じた乳幼児の固着段階は、前エディプス期の分離－個体化期のなかの再接近期（1歳半ごろまで）にあるとしている。立場の違いから命名された発達段階の用語は異なるが、固着段階の時期は同一である。発症時期は、Erikson、Mahler, et al と Jacobson はともに青年期・青年期後期に、そして、「同一性の不確実性」を中核的病理としている。Balint (1968) は、発症時期については明確にしていなかった。単に「成人」と記されているだけである。「同一性の不確実性」については自らの視野に入れた表現をしてはいるものの、中核的病理であるとする表現はどこにも見当たらない。やはり彼はできるだけ「基底欠損」に限定を加えたくないようである。

故に、Erikson、Balint と Mahler, et al、Jacobson では、前者の病因が先天性に関係する「欠損モデル」、後者が母子関係の在り方に関係する「葛藤モデル」とに異なるが、その他は同一である。

したがって、境界例とは、「青年は『肉体的な親密さ』や『決定的な職業選択』、『激しい生存競争』、『心理、社会的な自己定義』などの同時に身を賭けることを要求する諸経験に遭遇する」（Erikson, 1959）と、『正常』な状況のときも時にはあるが、そのほとんどで中核的病理である「同一性の不確実性」を含んだあらゆる精神医学的症状や行動を呈し、乳幼児期に“同一性”形成の最初の第一歩を踏み出した分離－個体化期の再接近期かそれ以前の共生期への退行過程がみられるということができる。

ただし、「同一性の不確実性」が境界例の中核的病理であるという示唆はされていてもそれを規定する唯一の病理であるとはされていないことに留意する必要がある。おそらく規定・限定の困難さが考慮されているのであろう。

河合らは、もう一方の視点である層構造をなす「自我＝意識＋無意識」の「自我＝意識」と「無意識」の間に「境界」領域をみて、その3領域から「境界」と「同一性の不確実性」を含む境界例の理解を試みている。しかし、その理解において、視点の異なる Erikson らの境界例に関する考えが十分に考慮されていることに留意しておかなければならない。彼らに、Erikson らの考えに対して肯定的に述べることも多々あるとしてもその否定はみあたらない。

境界例を理解するうえでの中心概念である「境界」については、河合(1989)、成田(1989)、鈴木(1986)はともに、Turner, V.W. (1969) の『儀礼の過程』のなかで述べられている境界性(liminality)という概念のなかのコムニタス(communitas)という概念を援用して述べている。コムニタスについては、『儀礼の過程』の訳者である富倉光雄の説明を引用しているのも同じである。したがって、ほぼ同一の内容となっているので代表して河合を引用する。「富倉は、コムニタスとは、簡単にいえば、身分序列・地位・財産さらには男女の性別や階級組織の次元、すなわち、構造ないし社会構造の次元を超えた、あるいは棄てた反構造の次元における自由で平等な実存的人間の相互関係の在り方であるという。Turner が、このコムニタス状況は長期にわたって維持されることがない点を指摘しているのは重要なことである。コムニタスそのものがやがて構造に発展する。そこでは、諸個人間の自由な諸関係は、社会的人格の間における規範＝支配型の諸関係に変化してしまうのである。ヒッピーとかあるいは何らかの仲間集団がコムニタスを至上のこととして集まっても、それは知らぬ間に構造化されるか、解体を遂げてしまう」と述べて、実存的人間の相互関係の在り方であるコムニタスと社会構造の関係に注意を促している。

そして、さらに成田(1988)は、上述の「境界」の考えに、「そもそも「境界」という言葉は分類や整理に抵抗するものである。もし境界例が厳密に定義づけられるとしたら、それはもはや「境界」例ではなく、別の名称を与えられるべきであろう。「境界」は、秩序や体系から排除されたもの、善良ならざるもの、不気味なものが再び立ち現われて、既存の秩序に変化と拡大と再統合を要求する場所なのである」を付け加えている。

鈴木(1991)は、反構造化を呈する境界例の人に対して、「われわれはやはりあくまでも臨床場面に定位し、主治医である私の意識に彼らの人格がたち現れてくる、その現れ方のなかに、境界例人格を規定する仕方を探っていく以外に手はない」と、豊富な知識と経験に基づいて、そのつどの直感で境界例の臨床像を把握しようとする現象学的人間理解の立場を標榜する心理療法家の態度・姿勢を付け加えている。総じて、彼らは「境界」が限定を拒むことを強調しているといえる。

限定を拒む「境界」に対して、限定が厳密におこなわれたら「境界」がその本質を失って「境界」でなくなってしまう。通常とは異なって、「境界」は限定することによってその本質を損なってしまうことになりかねないのである。

河合らは、それらを十分に承知したうえで「境界」の本質に迫ろうとしている。そこに現

代文明への警笛やこの時代の人間存在の在り方、さらには個人心理療法の新たな展開や自らが納得できる境界例の臨床像を見出そうとしているのである。

河合(1989)の「境界」に挑もうとする人が、「分裂」によって自分を守るのに対して、古い科学を守ろうとする人は「拒否」によって身を守ろうとするように思われる。「分裂」もせず「拒否」もせず、「境界」の現実を見すえることは、困難極まりないことである。しかしこのことをやり抜いてゆくことが、現代に生きることではなかろうか。このような困難な課題を背負って生き抜いているうちに、何とか新しいパラダイムが見えてくことと思われる」や、成田(1989)の「境界」という言葉はメタフォリカルに、既存の秩序や構造への疑義と抵抗、排除と排除されたものの再侵入、役割と生身の人間との相克といった意味を担っている。これらの意味こそ、境界例が精神医学に問いかける最も根源的な問いであろう」という論旨や、前述した鈴木「境界例人格」をそのつどの直感で理解しようとする心理療法家の姿勢・態度がそれを裏付けている。

「境界」を語れば境界例の限定につながる。彼らは「境界」の理解やそれに基づく境界例の病理・特殊性を考察して、その全体像に迫ろうとしているのであって、それを限定する特定項目を探し出そうとしているのではない。むしろ、それは避けているようにみえる。著者の知る限りでは、河合は規定・限定に関して全くふれていない。鈴木は上述した自らの心理療法家の姿勢・態度からも明らかなように個人心理療法においては回避している。成田はそれをしないことの重要性を認めたとうえで、「境界例に特徴的な病理がないわけではない」として、積極的な姿勢ではないが、5項目の病理・特殊性を取り上げて限定を試みている。したがって、彼らにとっては、「同一性の不確実性」はそれらのなかで見出された一つでしかないのである。Eriksonらの考えは十分に考慮されているが、それをどこまでも多種多様な病理・特殊性の一員にとどめて、「境界」と境界例の全体把握の一助にしようとしている。彼らは「分裂」もせず「拒否」もせず「境界」の現実を見すえようとしているのである。

Ⅳ. 境界例における“同一性”の再形成への願望

「境界例の病態水準は『正常』とさえいいたくなる状態から、『統合失調症』と診断したくなる状態まで往還」し、その「往」となる退行過程については前項で述べた。境界例を全体把握するには、さらに「還」に相当する人格・体験の「再統合」過程（以降、人格・体験を省略して「再統合」過程とする）の理解が必要になる。

まず、前項で退行過程について論述した7者の「再統合」過程に内在する“同一性”の再形成への願望に対する考えを参照する。

Erikson(1959)は、境界例の人が自身の“同一性”が不確実な状態に陥ると「自我は、感覚上の伴侶であると同時に、自己の連続的な“同一性”の保証人である他者との融合のなかで、性的、情愛的な感覚に自分の身を委ねる柔軟な能力を喪失し突発的な虚脱に見舞われる。統

いて、乳幼児だけが知る基本的な混乱と怒りの段階への退行が生じ、もう一度すべてをやり直そうとする絶望的な願望に襲われる」として、「同一性の不確実性」を内在する退行過程とほぼ時を同じくして“同一性”の再形成への願望が生起することを明らかにしている。

Jacobson (1964) は、同じ内容をもつ2例の自験例の報告において、「彼らが、感情、空想、行動において、悪い対象から良い対象へ変化（新しい人物ないし関心に付与されるようになった願望的な「すべてよい」イメージから「すべてわるい」イメージを完全に分裂・排除）することは、それぞれの過去を放棄し、それとはまったく分断された新しい“同一性”を獲得しようとする経験と結びついていた」。そして、それに対する「罪悪感の反応よりも恥と劣等感が優勢であるだけでなく、真実の罪悪感の葛藤がまったく欠如していて、恥と劣等感葛藤や妄想的な人目にさらされる恐怖に悩んでいるときは、決まって超自我と自我における退行過程を推定して間違いなく、それは境界例や妄想型分裂病の状態を示唆している」としている。Erikson と同様に、彼女も境界例の退行過程と併存して“同一性”の再形成への願望が生起することを確認している。

Balint (1968) は、「では、どうして基底欠損なのか。それは第一に他ならぬ患者がこの言葉を使って指すからである。患者はこのように言う。自分の内部に欠損が一つある気がする。この欠損を修繕する必要がある、と。患者はコンプレックスとも葛藤とも対人状況とも感じていない。一つの欠損と感じているのだ。第二に、この欠損の原因は、誰か知らないが自分をつくりそこなったため、あるいは誰かがするべきことを自分にしてくれなかったため、という感じがあるからである。さらに第三にこの領域は必ず一種の大きな不安につつまれている。患者はこの不安をこう表現して、分析者（せんせい）、今度こそ、自分を駄目にしないでくださいね、と必死に頼み込む。実際やりそこないは許されない」と、境界例（基底欠損は境界例とほぼ同水準にあることは前述した）自らが欠損の修繕を求めているとしている。この欠損には前項で述べたように「同一性の不確実性」が内在しているので、その修繕には“同一性”の再形成への願望も含まれる。そうすると、Balint においても、退行過程と“同一性”の再形成を願望する「再統合」過程が葛藤なく併存していることになる。

Mahler は、主に児童を対象にした『幼児に対する分離個体化理論』や『早期幼児自閉症に対する共生精神病の概念』などの研究活動に従事した人である。これ以降の発達段階の研究活動については、成田 (1993) の「Mahler は、自らの『幼児に対する分離個体化理論』を青年期・青年期後期の境界例に適用しようと試みた」という記述を筆者は知るだけで、まだ、その結果を目にしていない。

河合は、「通過儀礼はすべて、分離、周辺、再統合の3段階によって特徴づけられる。この第2段階である「周辺」が、すなわち「境界」の段階であり、儀礼に参加する者は、このような「境界」を通過してのちに、その実存的な変革を遂げて以前の社会に再統合される」（河合, 1989）と Van Gennep を引用して、通過儀礼のなかの「境界」と再統合との関連を、そして、

Turner の「私はいまでは、コムニタス（前述したように「境界」を説明するために援用されている概念）は、生理的に継承された衝動が文化的抑制から解放されてつくる単なる所産ではないと考えるようになった。むしろそれは、合理性、決断力、記憶力など社会での生活経験とともに発達する人間に特有な能力の所産であると思う」（河合, 1989）を引用して、衝動の場ではない「境界」の肯定的な特性を明らかにしている。「境界」は、「境界」そのもののなかに、既に実存的な変革を遂げる起源となる「再統合」過程が内在されていて、通過儀礼によって活性化され、「再統合」へと至るのである。

成田（1998）、鈴木（1986）も Van Gennepe を引用して、河合とはほぼ同様に「境界」の特徴を述べている。

さらに、河合（1989）は、「境界例の人たちは、境界イメージのみに生きているのではない。彼らも入学するとか、就職するとか、この世で一応評価されているようなことをやり抜きたいと願っていることも事実である」と述べて、境界例の「再統合」過程に内在する“同一性”の再形成への願望を明らかにしている。

成田（1993）も、境界例の自験例に対する自らの検討で、「患者は分離個体化のドラマを再演する幼児であるとともに、まぎれもなく青年であって、同輩集団への参加、「性」の問題、仕事を通じ社会のなかでの自己“同一性”を確立していくことなど、青年期固有の問題を併せ持っている」として、退行過程と「再統合」過程が併存し、後者に“同一性”の再形成への願望が常在していることを述べている。

鈴木（2003）は、「自己愛性・境界性・解離性といった名称を付与される現代的な人格障害者たちの特徴は、かれらの陳述に常に価値判断が強く混入している点にある。患者たちは主観的な普遍妥当性を備えたなんらかの価値意識を自己を支える格率（行為の規則、論理の原則）として所持したいのである。いずれにせよ、多くの患者が自他の価値意識に極めて敏感であって、個人的な趣味判断の遂行をまるで自分に課せられた義務であるかのように振る舞う。この強迫性には人格の「障害」性を感じる。個人の価値意識の樹立に基づく「自己統合」への強迫がある」と、境界例には“同一性”の再形成への願望を内在する「自己統合」への強迫があるとしている。

以上に7者の境界例の「再統合」過程に対する考えを概観した。Mahler, et al においては前述したように不明であるが、残りの6者は、境界例に“同一性”の再形成への願望が内在しているのを確認している。さらに、そのうちの河合ら3者は、「境界」そのもののなかに「再統合」過程への起源があるとして、それを基底で支えている。境界例の「再統合」過程には“同一性”の再形成への願望が内在しているといえる。

境界例の「再統合」過程も明らかになった。そうすると、境界例には、「同一性の不現実性」を含むあらゆる精神医学的病理・特殊性を呈し、境界状況における生身の2者関係を希求する退行過程と、“同一性”の再形成への願望を内在する「再統合」過程が併存していることに

なる。相反する過程が葛藤なく併存しているのである。全体としては境界状況への希求が非常に強いので、“同一性”の再形成への願望は、時々水面に浮かび上がってくる水泡のようにみえるが、確かに常在しているのである。

そして、この「再統合」過程に内在する“同一性”の再形成への願望は、河合(1989)の「心理療法の空間において、クライアントは自分の自我=意識を超えた何かを体験し、ヌミノースな体験をする。それが日常の意識を超え、自我を超えた体験であるため、クライアントはある種の「境界をこえた」体験をして、その体験の「再統合」が行われる」や、東山(1992)の「多くの力動的心理療法は人格の変容を目的としている。力動的心理療法は内的世界の不統合や不調和、発達の節目で与えられている発達課題の未達成などが、現実世界との摩擦を生み、その表れが心因性の症状だと仮説する考え方である」を標榜する個人心理療法の展開において計り知れない味方となるのである。

V. 境界例における「同一性の不確実性」の独自性

相反する過程であるが葛藤なく併存する退行過程と「再統合」過程に、各々、多種多様な病理・特殊性とともに「同一性の不確実性」が、そして、“同一性”の再形成への願望が内在しているのが境界例の特徴の一つであるという筆者の考えを示した。しかし、それが他の精神障害にはない境界例の独自性なのかどうかは、まだ明確にはなっていない。

DSMにおける境界例の診断基準である「同一性の不確実性」(DSMでは同一性障害という)は、初めてそれに採用された第3版から第4版までの14年間は他の精神障害に採用されることがなかったので、その独自性に疑問を挟む余地は全くなかった。しかし、第4版の改訂版(DSM-IV-TR 2002)で、初めて他の精神障害である「解離性同一性障害」と「思春期危機」に採用されるに至りその独自性に疑問が生じた。

厚生労働省の委託研究『境界性人格障害の新しい治療システムの開発に関する研究』(主任研究者 牛島定信)の分担研究の一つとしてまとめられた『境界性パーソナリティ障害の精神療法』—日本版治療ガイドラインを目指して—(成田編, 2006)の『第I章 BPD(境界例)研究の現状』(神谷, 2006)には、DSM-IV-TRの診断基準にもとづいて、境界例と第I軸上で併存しやすい臨床疾患、および、第II軸上で重複する障害を列举し、その類似と相違が述べられている。「解離性同一性障害」と「思春期危機」は、いうまでもなくそれらのなかで取り上げられている。それらを参考にして、境界例と「解離性同一性障害」及び「思春期危機」との「同一性の不確実性」の類似と相違を検討し、境界例の「同一性の不確実性」の独自性を明確にする。

「解離性同一性障害」について神谷(2006)は、「境界例の自傷行為は解離した状態のもとで行われることが多く、そのほかにも、衝動性や怒りの爆発、極端な気分や態度の変動といった、境界例と「解離性同一性障害」には共通要素が多い。どちらの要素が主であるかは、解

離が自傷行為時に限られているのか、それとも人格全体の解離であるか、また一人であることのできなさの程度によって判断される」としている。境界例の解離はあったとしても自傷行為時に限られる。「解離性同一性障害」は人格全体の解離で、それは交代人格が消滅するまで継続される。鈴木 (2003) は、「DSM-Ⅲの「多重人格障害」という名称が、DSM-Ⅳで「解離性同一性障害」へと変更されたとき、診断基準のなかの「人格または人格状態」という表現が「同一性または人格状態」という表現に変更された。要するに「人格」とは「人物の同一性」のことであって、それが二つ以上存在する、つまり解離された体験が集まって「交代人格としての同一性」をもってしまうのが「解離性同一性障害」である」としている。そうすると、境界例の場合は、「同一性の不確実性」とその再形成への願望は、短時間の自傷行為時以外においては常に自覚されているが、「解離性同一性障害」の場合は、そのつどの“同一性”は交代人格または主人格として維持されるので、人格を交代する時間以外それらは自覚されることがない。「解離性同一性障害」においては、「同一性の不確実性」とその再形成への願望は継続しないのである。

「思春期危機」について神谷 (2006) は、「境界例と「思春期危機」は横断的には、衝動性、「同一性の不確実性」、自己嫌悪、自傷行為、激しい怒りや虚無感といった、ほとんど同じ特徴を示す。違いは、境界例の場合、こうした問題が性格特性として長期間 (18歳以下では1年間以上) 存在するが、「思春期危機」の場合、“同一性”の問題に関して生じる一過性的なものであることである」としている。境界例の「同一性の不確実性」とその再形成への願望は、「思春期危機」のように一過性ではなく、“同一性”の再形成の願望が完遂されるまで長期間継続される。したがって、「思春期危機」とは、その継続期間に相当の開きが生じるのである。

境界例と「解離性同一性障害」および「思春期危機」との「同一性の不確実性」の違いが明らかになった。「同一性」の再形成への願望が、その目的を完遂するまで長期間継続する」という文言を「同一性の不確実性」の前に付加して、「同一性」の再形成への願望が、その目的を完遂するまで長期間継続する「同一性の不確実性」とすれば、「同一性の不確実性」は、他の精神障害にはない境界例だけの独自性とすることができる。

Ⅵ. 境界例の「見立て」と診断基準 — 「同一性の不確実性」を中心にして—

境界例の多種多様な病理・特殊性の限定は、その本質を損なう恐れがある。けれども、それらに基づく有効な限定から有効な診断基準が生まれる。町沢 (1990) は、「個人心理療法においては、具体的な個人の病理・特殊性を含む全体的な臨床像の把握 (以下、「見立て」という) が一番大きな意味をもつ。この「見立て」が不正確であるならば、個人心理療法に大きな支障をきたすのはいうまでもないことである。しかし、この「見立て」は、科学的な吟味に十分に耐えられるわけでもなく、また他者に伝えることも難しい。したがって、診断基準をはっきり定め、それに基づいた疾患群の病像、予後、治療法といった形の研究方法が望ま

しい。それによって、「何々病」と言った時に、お互いの共通概念で検討することが可能となり、また研究もやりやすくなる。こうして診断困難例の研究が結局は診断基準を作らねばならないという方向に向かわざるを得なかった」と、一方では、心理療法家個々の診断困難例に対する「見立て」の重要性を認めながらも、他方では、診断困難例の診断基準の必要性和その出生の経緯を述べている。二律背反は我々の領域では避けては通れないのである。

境界例は、前項で、河合が「症状が悪化しているときは、それだけを見ると『統合失調症』と診断したくなる。ところがそれをすぎて安定した状態のときは、『神経症』または『正常』とさえ言いたくなる」。成田が「境界例に認められないような精神医学的症状や行動はほとんどない」。そして、鈴木が「境界例人格は、われわれの意識にうつ病人格ならば規範あるいは秩序指向性といったような積極的な構成軸を提供してくれません。変身性、依存性、表出性や模倣性という軸でもすっきりと捉えられそうにないのです」というように、多種多様な病理・特殊性を呈し、そのうえにそれらの中核をなす病理・特殊性の定まり難さをもっている。さらに、その限定は本質を損なう恐れがあるために、有効な限定は困難を窮める。正に、境界例は診断困難例中の困難例である。

診断困難例の診断基準は、「一般的には、まず、診断困難例を、①その個人の心理学的要因から理解しようとする。次に、そのような心理を生み出した要因として、②個人の生物学的な体質と、③彼に適応を強いてくる社会の性質が考慮される。「人格障害」というのは、その行為の原因を、個人の①心理学的、または②生物学的・体質的要因へ還元しようとする考え方であって、そのために精神分析理論・心理検査法・遺伝学・脳生理学・内分泌学・脳波学・統計学といった様々な方法と仮説が援用されて」（鈴木, 2001）作成される。この作成手続きにおいて、優れた心理療法家個々の診断困難例の「見立て」から見出した病理・特殊性やその考えが母体をなしているのはいうまでもない。

境界例の診断基準として、現在、最も一般的に用いられている DSM と WHO（世界保健機構、World Health Organization）の ICD（国際疾病分類、International Classification of Diseases）もこの手続に準じて作成されている。なお、DSM と ICD には基本的に大差がないので以下においては DSM で代表する。

境界例の DSM における診断基準項目の一つである「同一性の不確実性」（DSM では同一性障害という）にもこの手続きが反映されているのはいうまでもない。「同一性の不確実性」は診断基準項目として必要十分な検討と考察がなされているのである。さらに、「同一性の不確実性」には、初めは「単独で一つの精神障害を表す診断基準」の一つとして、第 1 版（1952）から第 3 版（1980）の改定版（1987）まで同一性障害という形を取って採用された。そして、第 4 版（1994）を経てその改訂版である現時点での最新版（DSM-IV-TR 2002）までは、「同一性の問題」と形を変えて「職業上の問題」や「宗教または神の問題」と並列に、第 I 軸に記録が必要な「臨床的関与の対象となることのある他の状態」という項目のなかの一つとして、

さらに、大幅に改訂された第3版からは、新たにつくられた「精神病水準と人格障害水準の精神障害を鑑別する診断基準項目の一つ」として境界例だけに採用された。そして、第4版の改訂版で初めて、境界例以外の精神障害である「解離性同一性障害」と「思春期危機」にも採用され、現在に至るという実践で長年月採用され続けてきた実績が加味される。「同一性の不確実性」は、境界例の診断基準項目として十分に信頼性と妥当性を有しているといえる。

さらに、Erikson ら7者の優れた心理療法家が「同一性の不確実性」を境界例の中核的病理・特殊性とみなし、そして、彼ら以外の多くの心理療法家がそれを支持し、否定がみられないことを加味すると、「同一性の不確実性」は個別的にも一般的にも境界例の病理・特殊性および診断基準項目を代表しているといえることができる。

しかし、DSM-IV-TR では、診断基準9項目のうち5項目（またはそれ以上）が該当すれば境界例と診断されることになっている（この診断方法は、第3版からで、各版で診断基準項目数とその限定数は多少異なる）。「同一性の不確実性」が診断基準項目から外れても他の5項目が該当すれば境界例と診断しても差し支えないのである。

町沢（1990）は自験例のデータ分析から、「境界例の基本障害に「同一性の不確実性」（町沢は同一性障害を用いている）と抑制障害（衝動性）において、「同一性の不確実性」と抑制障害によって対人関係は損なわれるし、また達成能力も損なわれてしまう。逆に対人障害や達成能力が障害されると、いっそう「同一性の不確実性」や抑制障害が起こり、一つの悪循環をなしているように思われる。この二番目に生じてくる対人障害、達成能力の障害というものがやがて見捨てられ感、うつ症状、不安症状となってしまう」と、境界例の中核的病理・特殊性から、抑制障害を含めてではあるが、「同一性の不確実性」は外せないとしている。興味深い考えではあるが熟考を要するように思われる。彼自身も「私のデータおよび仮説というものは、過去5年間余りのわずか49例の治療体験からのものであり、もっと多くの数を集めなければはっきりしたことは指摘できないし、さらに研究を進めなければ結論付けることもできない」（町沢, 1990）と認めているように、集積データと理論的証明が不足しているからである。

前述した Erikson、Jacobson、Balint、Mahler, et al は、筆者のいう「同一性の不確実性」と関連する概念を境界例の本質として捉えているので、その「見立て」および診断基準から外せないとして問題ないと考えられる。

河合、鈴木は「同一性の不確実性」を境界例の多種多様な特徴・特殊性のなかの一つであるとだけして、「見立て」および診断基準から外せる外せないについては言及していない。

成田は、積極的な姿勢・態度ではないが、自らが境界例の病理・特殊性として5項目を限定し、そのうちの2項目の基底に「同一性の不確実性」をおいている。明言されていないが、限定5項目は外せないとしていると解釈して問題ないのではなかろうか。筆者は、このことについては、姿勢・態度をも含めて成田に近い。境界例の「見立て」において「同一性の不確実性」

だけは外していない。それは本論文でこれまで述べてきた境界例における「同一性の不確実性」についての考えと、約 30 年間の個人心理療法の実践において、未だに「同一性の不確実性」を呈さない境界例に出会っていないという実績からきている。ただし、鈴木がいうように「「同一性の不確実性」だけでは境界例を規定できない」のもまた確かなことである。

これらからも明らかなように、境界例においては、DSM の診断基準と心理療法家個々の「見立て」に、そして心理療法家個々のそれぞれの「見立て」との間に相当の違いが生じていることが予想される。個人心理療法においては何よりも心理療法家個々の「見立て」が優先され、その逆は本末転倒になる。境界例のような診断困難例では特にそのことに留意する必要がある。DSM の診断基準はあくまでも一つの目安なのである。

河合のいう「「分裂」もせず「否定」もせず、「境界」の現実を見すえる」という境界例を理解するための心理療法家の姿勢・態度がここでも問われている。

VII. まとめ

1. 乳幼児期に“同一性”形成の最初の一步を踏み出した分離－個体化期の再接近期かそれ以前の共生期への退行過程でみられる境界例の多種多様な病理・特殊性の一つである「同一性の不確実性」は、Erikson、Jacobson、Balint、Mahler, et al と河合、成田、鈴木や、その他の多くの優れた心理療法家が境界例の中核的病理・特殊性の一つとして取り上げている。そして、それに対する異論は皆無である。
2. しかし、「同一性の不確実性」だけでは、境界例を規定・限定できない。
3. 境界例の「境界」には、「同一性の不確実性」が内在する退行過程と、“同一性”の再形成への願望が内在する「再統合」過程が葛藤なく併存している。そして、後者の“同一性”の再形成への願望は、境界例の個人心理療法の展開において計り知れない味方となる。
4. 境界例の「再統合」過程に内在する“同一性”の再形成への願望は、その目的が完遂されるまで長期間継続するという他の精神障害にはない独自性がある。
5. 境界例の「同一性の不確実性」は、個人心理療法の「見立て」や DSM の診断基準においては、外せない項目の一つであるとして問題がないように思われるが、確定するには集積データと理論的証明が不足している。今後の進展を待つより他にない。
6. 境界例の個人心理療法の実践においては、あくまでも「見立て」が優先され、DSM の診断基準は目安の一つでしかないことに留意する必要がある。

[引用文献]

- American Psychiatric Association (1980) :Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III . The American Psychiatric Association, Washington, D.C.
- American Psychiatric Association (1994) :Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV . The

- American Psychiatric Association, Washington, D.C. 高橋三郎ら (訳) (1995) :DSM- IV 精神障害の診断と統計の手引き 医学書院
- American Psychiatric Association (2002) :Quik Reference to the Diagnostic Criteria from DSM- IV -TR. 精神疾患の分類と診断の手引き 医学書院
- Balint, M. (1968) :Basic Fault—Therapeutic Aspects of Regression (Tavistock Publications) . 中井久夫 (訳) (1978) :治療論からみた退行—基底欠損の精神分析— 金剛出版 35, 36, 40-41, 38, 39
- Erikson, E.H. (1959) :Identity and the Life Cycle. Psychological Issues Vol 1. No.1. Monograph 1., International Universities Press, Inc, New York. 小此木啓吾 (訳・編) (1973) :自我同一性—アイデンティティとライフサイクル— 誠信書房 197-198, 198, 112, 161, 112-113, 111-112, 67, 162, 161-166
- 東山紘久 (1992) :第 I 部カウンセリングの展開 カウンセリング初歩 氏原寛・東山紘久ミネルヴァ書房 16-17
- Jacobson, E. (1964) :The Self and The Object World, International Universities Press, New York. 伊藤洸 (訳) (1981) :自己と対象世界—アイデンティティの起源とその展開— 岩崎学術出版社 11, 23, 196-197
- 神谷栄治 (2006) :第 1 章 BPD 研究の現状 境界性パーソナリティ障害の精神療法—日本版治療ガイドラインを目指して— 成田善弘 (編) 金剛出版 11-25, 23, 24
- 河合隼雄 (1983) :I 概説 ライフサイクル 精神の科学 6 岩波講座 岩波書店 28-29, 28
- 河合隼雄 (1989) :生と死の接点 岩波書店 313-314, 338-339, 329, 343, 331-352, 347, 333
- Mahler, M.S. et al (1975) :The Psychological Birth of the Human Infant, Basic books. 高橋雅士ら (訳) (1981) :乳幼児の心理的誕生—母子共生と個体化— 黎明書房 58, 12-14
- 町沢静夫 (1990) :ボーダーラインの心の病理—自己不確実悩む人々— 創元社 5, 69-72, 72-73
- 成田善弘 (1989) :青年期境界例 金剛出版 23, 20,
- 成田善弘 (1993) :心理療法の経験 金剛出版 96, 112-113
- 成田善弘 (1998) :2 境界例が精神医学に問かけるもの 境界例—こころの科学セレクション— 河合隼雄ら (編) 日本評論社 19-20, 19
- 成田善弘 (2006) :境界性パーソナリティ障害の精神療法—日本版治療ガイドラインを目指して— 成田善弘 (編) 金剛出版 15, 75-79
- 佐方哲彦 (1992) :[2-22] アイデンティティ、5. 精神分析的発達論 (性格論)、第 6 部 精神分析、心理臨床 床大辞典、氏原寛ら (編) 培風館 964-965
- 鈴木茂 (1986) :叢書 精神の科学 8 境界事象と精神医学 岩波書店 162-163, 155-156
- 鈴木茂 (1991) :境界例 VS. 分裂病—言語と主観性の臨床精神病理学— 金剛出版 290, 291
- 鈴木茂 (2001) :人格障害とは何か 岩波書店 8-18, 43
- 鈴木茂 (2003) :人格の臨床精神病理学—多重人格 PTSD 境界例 統合失調症— 金剛出版 51-52, 15
- Wilmer, H.A (1988) :Practical Jung—Nuts and Bolts of Jungian Psychotherapy— Chiron Publication. 東山弘子ら (訳) (1994) :プラクティカル・ユング (下)—ユング派の心理療法を学ぶ— 鳥影社 78-79

[参考文献]

- Erikson, E.H. (1950) :Childhood and Society, W.W.Norton & Company, New York. 仁科弥生 (訳) (1977) :幼児期と社会 (1,2) みすず書房
- Erikson, E.H. (1968) :Identity-Youth and Crisis. W.W.Norton & Company, Inc., New York. 岩瀬庸理 (訳) (1973) :アイデンティティ—青年と危機— 金沢文庫
- Erikson, E.H. et al (1982) :The Life Cycle Completed: A REVIEW (W.W.Norton & Company Inc., New York. 村瀬孝雄ら (訳) (2001) :ライフサイクル、その完結—増補版— みすず書房

- Erikson, E.H. et al (1986): Vital Involvement in Old Age. W.W. Norton & Company, N.Y. 朝長正徳(訳) (1990): 老年期 ―生き生きとしたかわりあい― みすず書房
- Greenacre, P. (1958): Early Physical Determinants in the Development of the Sense of Identity. J. Amer. Psychoanal. Assn., 6:612-627.
- 東山紘久 (2003): 心理療法プリマーズ 来談者中心療法 ミネルヴァ書房
- 東山弘子 (2006): 母性の喪失と再生 創元社
- 河合隼雄 (1991): イメージの心理学 青土社
- 河合隼雄 (1992): 心理療法序説 岩波書店
- 河合隼雄ら (編) (1998): 境界例 ―こころの科学セレクション― 日本評論社
- 町沢静夫 (2003): 人格障害とその治療 創元社
- McWilliams, N. (1994): Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process. Guilford Press. 成田善弘ら (訳) (2005): パーソナリティ障害の診断と治療 創元社
- 臨床心理学 第9巻 第4号 (2009): パーソナリティ障害 金剛出版
- 精神科 MOOK No.4 (1983): 境界例 金原出版
- 「精神治療学」選定論文集 (1998): <境界例>論文集 星和書店
- 武田専ら (1985): 境界線例 金剛出版
- Turner, V.W. (1969): The Ritual Process ―Structure and Anti-Structure. 富沢光雄 (訳) (1976): 儀礼の過程 思索社
- 牛島定信 (編) (2008): 境界性パーソナリティ障害 ―日本版治療ガイドライン― 金剛出版
- Winnicott, D.W. (1965): The Maturation Processes and the Facilitating Environment. The Hogarth Press Ltd., London. 牛島定信 (訳) (1977): 現代精神分析双書 第Ⅱ期第2巻 情緒発達の精神分析理論 黎明書房

[付記]

本論文の執筆あたり、適宜、適切なご指導をくださった本学の教育学研究科教授の東山弘子先生に、そして、心暖まる励ましをくださった博士課程の研究室仲間に心より感謝します。

(すぎの かなめ 臨床心理学専攻 博士後期課程)

(指導: 東山 弘子 教授)

2010年9月30日受理